

## 항소 양식

이 양식은 플랜에서 의료 서비스나 처방 약을 지원하지 않기로 결정한 데 대해 항소할 때 사용하기 위한 양식입니다. 궁금한 점이 있으면 언제든지 Brand New Day 회원 서비스 부서에 1-866-255-4795번(TTY 711)으로 전화하십시오. 근무 시간은 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 8시까지이고, 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지 연락하실 수 있습니다.

### 귀하에 대한 아래 정보를 인쇄해서 제출하십시오:

회원 이름: \_\_\_\_\_ 회원 ID 번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

집 전화번호: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

### 항소를 위한 대리인 선임

**귀하는 대행인을 요청할 수 있습니다.** 원하실 경우 귀하를 대신하여 항소할 "대리인"을 지정할 수 있습니다. 주법에 따라 이미 귀하의 대리인이 될 수 있는 법률상 권한이 있는 누군가가 있을 수 있습니다. 친구, 친척, 주치의 또는 기타 부양인이나 다른 사람을 대리인으로 지정하시려면 당사 회원 서비스 부서로 전화하여 "대리인 선임" 양식을 요청하시거나, 당사 웹사이트 [www.bndhmo.com/Members/Resources](http://www.bndhmo.com/Members/Resources)의 "양식" 페이지 하단을 확인하십시오. 또한 본 항소만 대행할 사람에 대한 아래 정보를 작성하여 요청하실 수도 있습니다. 당사는 완전하게 작성된 "대리인 선임" 양식이 없거나, 항소 대리인의 법적 권한에 대한 기타 증빙이 없으면 귀하가 아닌 다른 사람의 항소를 검토할 수 없습니다.

**대리인을 선택할 때는 다음 정보를 완전하게 작성해 주십시오:  
본인은 아래 사람을 본 항소를 대행할 대리인으로 지정합니다:**

대리인 이름: \_\_\_\_\_

대리인 주소: \_\_\_\_\_

대리인 전화번호: \_\_\_\_\_

회원과의 관계: \_\_\_\_\_

회원 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

대리인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 항소에 대한 정보:

아래 공간에 항소에 대해 간략히 설명해 주십시오. 항소에 대해 파악할 수 있는 다른 추가 정보 문서 사본을 첨부해 주십시오.

항소할 품목 또는 서비스: \_\_\_\_\_

약품명: \_\_\_\_\_ 복용량/함량: \_\_\_\_\_

제공자명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ 청구 번호: \_\_\_\_\_ 청구 금액: \_\_\_\_\_

항소 이유: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

회원 또는 대리인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

### 작성된 양식 수신처:

Brand New Day  
ATTN: Appeals & Grievance Department  
5455 Garden Grove Blvd., Suite 500  
Westminster, CA 92683  
또는 팩스: 1-657-400-1217